

COVID-19 General Consent Form

由學生家長或監護人填寫

家長/監護人資料 (您將收到測試結果通知。)

家長/監護人 正楷名字:	
家長/監護人手機號碼:	
家長/監護人電子郵件地址:	

學生資料

學生名字:			
住宅地址:		城市:	
郵政編碼:		郡:	
出生日期: (月/日/年)		年級:	

學生名字:			
住宅地址:		城市:	
郵政編碼:		郡:	
出生日期: (月/日/年)		年級:	

學生名字:			
住宅地址:		城市:	
郵政編碼:		郡:	
出生日期: (月/日/年)		年級:	

同意

透過填寫此表格並將其返還給學校，我確認我是上述學生的家長或監護人，並且我同意允許我的子女在 2023-2024 學年期間通過提供淺鼻拭子來接受 COVID-19 測試。在以下兩種情況下，可能會向學生提供 COVID-19 測試：(1) 如果我的子女在學校期間出現 COVID-19 的新症狀；(2) 如果我的子女在學校團體中接觸過 COVID-19，並且當地公共衛生部門或學校建議進行檢測。我明白我可以同意其中一種或兩種類型的測試。

我了解對學生進行 COVID-19 測試是一個選項，我可以拒絕同意，在這種情況下，我的學生將不會接受測試。我了解我的學生如果感覺不適必須留在家中。

我了解俄勒岡州衛生局 (OHA) 已下令進行這些測試。我了解 OHA 或學校都並非我學生的醫療保健提供者，並且此測試不會取代我學生的醫療保健提供者的治療，並且我承擔完全和全部責任對學生的測試結果採取適當的行動。我明白我有責任從他們的醫療保健提供者那裏為我的學生尋求醫療建議、護理和治療。

我了解 COVID-19 測試結果可能出現假陰性，即使測試結果為陰性，我的學生仍可能感染

COVID-19 General Consent Form

同意

COVID-19。

除非法律要求，否則未經書面同意，不得發佈個人健康資料。

- 如果學校出現新症狀，我允許學校工作人員對這名學生進行 COVID-19 檢測。
- 如果該學生在他們的學校團體中暴露於 COVID-19 並且當地公共衛生當局或學校建議進行測試，我允許學校工作人員對其進行測試。

家長/監護人簽名

日期

您可以免費獲取本文件其他語言、大字體、盲文或您首選格式的版本。透過致電 503-945-5488 或發送電子郵件至 feedback@odhsoha.oregon.gov 聯絡 COVID 反饋意見團隊。我們接受所有轉駁電話。